

Абитов И. Р.

Казанский (Приволжский) федеральный университет

МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗДАПТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ)

В последнее время все большее внимание исследователей привлекают психические механизмы, направленные на преодоление, предотвращение стрессовых ситуаций или минимизацию их негативных последствий. К таким механизмам относят механизмы психологической защиты, совладания (копинг-механизмы) и антиципации (прогнозирования). Исследователи отмечают преобладание у лиц, страдающих невротическими и психосоматическими расстройствами, примитивных защитных механизмов, таких как регрессия, замещение, отрицание; неадаптивных стратегий совладания со стрессом, таких как растерянность, агрессивные действия, подавление эмоций, игнорирование, самообвинение, диссимуляция; нарушения прогностических способностей. Отдельные авторы обращают внимание на роль этих механизмов в формировании невротических и психосоматических расстройств, зависимого поведения, патологии речи у детей, однако выделяют нарушения или гипертрофию отдельных механизмов, в качестве факторов риска, не рассматривая их в единстве и не учитывая их совместного влияния на процесс психологической дезадаптации.

Немецкий психоаналитик А. Митчерлих предложил такую последовательность развития психосоматического процесса:

1) Человек пытается справиться с конфликтом при помощи психических средств на психосоциальном уровне: а) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем и конфликтов или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация)); б) в случаях, когда использование нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т.д.); в) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.

2) Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом психическими средствами, то есть не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе (например, к язве же-

лудка, болезни Крона, язвенному колиту и т. п.). Это защита на психосоматическом уровне [2]. В условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остаётся психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим расстройством.

По мнению В. С. Ротенберга и В. В. Аршавского, альтернатива существует и внутри патогенного пути, и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях» [3].

Объединив модель развития психосоматических расстройств А. Митчерлиха, представления В. С. Ротенберга и В. В. Аршавского и современные данные о специфике функционирования механизмов психологической защиты, совладания и антиципации у лиц, страдающих невротическими и психосоматическими расстройствами, мы получим модель психологической дезадаптации лиц, страдающих данными видами расстройств. Человек пытается справиться с конфликтом при помощи психических средств на психосоциальном уровне: 1) для того чтобы подготовиться к возможным негативным последствиям конфликта, он использует прогнозирование (антиципацию) и готовит необходимые ресурсы (проактивное совладание); 2) если прогнозирование и накопление ресурсов оказываются недостаточно эффективными, и негативные последствия все же наступают, он использует стратегии реактивного совладания (конфронтация, дистанцирование, поиск социальной поддержки и др.); 3) если не удастся уменьшить негативные последствия за счет использования реактивных стратегий совладания, то задействуются механизмы пассивного совладания и психологической защиты (положительная переоценка, бегство, рационализация, вытеснение и др.). Если человек «может позволить себе демонстрацию страха и тревоги», не имеет алекситимии и базовой уязвимости какого-либо органа или системы органов, то у него развивается невротический тип реагирования. Если же у него отмечается базовая уязвимость какого-либо органа или системы органов, алекситимичность, «блокирование эмоций», то развитие патологии идет по психосоматическому пути.

Причем наши исследования указывают на то, что лица, страдающие невротическими расстройствами, отличаются более высокой выраженностью механизмов психологической защиты, пассивных и неадаптивных копинг-стратегий, а лица, страдающие психосоматическими расстройствами, занимают промежуточное положение по выраженности меха-

низмов психологической защиты, пассивных копинг-стратегий и прогностических способностей при совладании со стрессом между здоровыми испытуемыми и испытуемыми, страдающими невротическими расстройствами. Мы объясняем это наличием у лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, базовой уязвимости органов или систем органов и наличием алекситимии [1]. На наш взгляд, центральным механизмом, регулирующим адаптацию индивида к изменяющимся условиям среды, является мировоззрение или картина мира. В психологии сделано множество попыток теоретического описания картины мира или образа мира индивида. По нашему мнению, наиболее эвристичным для понимания процессов адаптации является выделение в картине мира базовых и операциональных убеждений. Среди базовых убеждений выделяются убеждения о себе, о доброжелательности окружающих людей, о справедливости мира, о своей удачливости и о своей способности контролировать события своей жизни [4]. Среди операциональных убеждений можно выделить перфекционистские убеждения, катастрофические убеждения, долженствования в отношении себя и других, оценочные убеждения относительно себя и других и т.д. Проверка данной модели на клинических группах является для нас перспективной задачей.

Разработанная нами модель психологической дезадаптации лиц, страдающих невротическими и психосоматическими расстройствами, позволяет дифференцированно подойти к психокоррекционной и психотерапевтической работе с данными группами. В случае с психосоматической патологией, необходимо будет начать работу с уменьшения степени алекситимии и выявления вторичных выгод от симптомов. В случае с невротическими расстройствами необходимо начать работу с выявления «смысла симптома». Далее в обоих случаях работу нужно будет направить на восстановление механизмов защиты, совладания и антиципации, начиная с нижних уровней (механизмы защиты), постепенно двигаясь к более высоким уровням (прогнозирование и проактивное совладание).

Литература

1. Абитов, И. Р. Особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах / И. Р. Абитов // Психологический журнал – 2013. – Т. 34, № 1.
2. Кулаков, С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – СПб., 2003.
3. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М., 2002.
4. Падун, М. А. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика / М. А. Падун, А. В. Котельникова. – М., 2012.